

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ALIMENTOS Y PRODUCTOS SUPLEMENTARIOS**Por favor complete una solicitud para cada persona que usted esté inscribiendo en el programa.**

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Verificado por _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Verificado por _____

Condado _____ Teléfono Particular _____ Teléfono en el Trabajo _____

MARQUE CON UN CÍRCULO UNA O MÁS OPCIONES (Solamente para fines estadísticos de servicio civil) ¿Es usted
Hispano o Latino? Sí No

1) Indio Americano/Nativo de Alaska 2) Asiático 3) Negro/Afroamericano 4) Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico 5) Blanco

ES EL SOLICITANTE: Mayor de Edad Niño Tuvo recientemente un bebé o un Aborto Espontáneo (Fecha de Nacimiento del
Bebé _____) Embarazada (Fecha de Parto _____) Amamantando (Fecha de
Nacimiento del Bebé _____) Mujer Hombre
Número de Seguro Social (MAYORES DE EDAD) _____**ADULTOS SOLAMENTE (elijá una opción solamente):** Soltera/o Casada/o Divorciada/o Separada/o Viuda/o**MUJERES Y NIÑOS SOLAMENTE:**¿Tiene el solicitante una Tarjeta Médica de los Servicios Sociales y de Rehabilitación (SRS)? Sí No Verificado por _____

Liste las personas autorizadas para retirar sus alimentos-no más de dos (2): _____

¿Cuántas personas viven en su domicilio? _____ ¿Está usted viviendo con un amigo o pariente? Sí No**Liste todas las personas que viven en su casa e incluya los ingresos de cada persona que trabaja o recibe beneficios.**

<u>Nombres de aquellos que TRABAJAN</u>	<u>Horas trabajadas</u>	<u>Monto Bruto</u>
---	-------------------------	--------------------

_____ Por Hora Semanal Quincenal Mensual Anual

_____ Por Hora Semanal Quincenal Mensual Anual

<u>Nombres de aquellos que NO TRABAJAN, ESTÁN JUBILADOS, NIÑOS, APARTE DE USTED</u>

LISTE LOS MONTOS EN DÓLARES DE CUALQUIER OTRO INGRESO (previo a las deducciones):

TAF _____ Seguro Social _____ Cupones de Comida _____ Discapacidad/SSI _____

Desempleo _____ Pensión/Jubilación _____ SRS/Asistencia General _____ Pago de Familia Sustituta _____

Pago Militar _____ Empleo por cuenta propia _____ Manutención de Niño _____ Ingreso de Intereses _____
Otro _____ Verificado por _____¿Ha estado antes el solicitante en el programa de alimentos y productos suplementarios (CSFP)? Sí No

¿Ha estado antes el solicitante en el Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)?

 Sí No¿Son el solicitante o cualquier otra persona viviendo en el hogar Trabajadores Extranjeros? Sí No ¿En un refugio para
desamparados? Sí No

Leyendo, firmar y fechando la espalda de esta forma, yo reconozco que la información proporcionada es exacta y completa. Reconozco que la información proporcionada es precisa y completa. También entiendo que una persona no puede recibir beneficios WIC y CSFP al mismo tiempo. Yo certifico que no estoy recibiendo WIC para este solicitante/participante. También entiendo que debo notificar al CSFP de todos los cambios en ingresos, domicilio o composición del grupo familiar dentro de un plazo de 10 días.

USDA es un proveedor igual de la oportunidad.